

Washington State Combined Application Program (WASHCAP)
SOLICITUD WASHCAP/REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD
WASHCAP APPLICATION/ELIGIBILITY REVIEW

WASHCAP es un programa que le permite obtener beneficios de alimentos cuando usted recibe SSI.

Al firmar abajo, declaro lo siguiente:

- Me han informado sobre WASHCAP;
 - Me han dado un folleto sobre WASHCAP;
 - Entiendo mis derechos y responsabilidades conforme WASHCAP; y
 - Elijo obtener los beneficios de WASHCAP.
- Entiendo que recibiré mis beneficios de alimentos a través de WASHCAP.

Declaro lo siguiente:

- Vivo a solas, o compro y preparo mis alimentos por separado de las otras personas en mi casa.
- Pago \$ _____ de renta/hipoteca mensualmente.
(mi parte)

Entiendo que puedo elegir solicitar beneficios de alimentos a través del programa regular de beneficios de alimentos en lugar de WASHCAP si pago más de:

- \$35 por mes en costos médicos; o
- \$544 por mes en costos de albergue sin incluir servicios públicos.

Declaro que todo en esta solicitud es verídico según mi leal saber. Entiendo que si omito o doy información incorrecta intencionalmente en este formulario, las leyes del Estado de Washington lo considera perjurio.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE
DOMICILIO	NÚMERO DE TELÉFONO
	NÚMERO CELULAR/PARA MENSAJE
FIRMA	FECHA